



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GAMMAGRAFÍA RENAL

1. Identificación y descripción del procedimiento:

La gammagrafía renal es un método de diagnóstico por imagen, que utiliza un trazador radiactivo con el objetivo de estudiar patología renal.

Técnica: inyección intravenosa del trazador radiactivo (DMSA marcado con Tecnecio-99m), obteniéndose las imágenes varias horas después.

Previamente a la realización de la exploración, el personal del servicio de medicina nuclear le informará del procedimiento y responderá a todas sus preguntas acerca del mismo.

2. Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:

Valorar la situación, número de riñones, tamaño y morfología. Determinación de cantidad de tejido normal. Diagnóstico, valoración y seguimiento de patología vascular e inflamatoria renal (infartos, pielonefritis). Es un procedimiento diagnóstico muy sensible, que no requiere preparación previa, fácil de realizar y sin molestias para el paciente, muy útil en el diagnóstico y seguimiento de la patología renal. Supone una baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Otras exploraciones no son alternativas pero resultan complementarias a ésta: el renograma isotópico, la cistogammagrafía, ecografía, TAC y RM.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Realizar un diagnóstico adecuado y precoz para conseguir la instauración del tratamiento más correcto en cada paciente, contribuyendo a su valoración pronóstica.

5. Consecuencias previsibles a su no realización:

Retraso en el diagnóstico u obtención de un diagnóstico y pronóstico incompletos o incorrectos.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de un diagnóstico incompleto o incorrecto.

6. Riesgos frecuentes:

No descritos.

7. Riesgos poco frecuentes:

No descritos.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente:

La exploración está contraindicada en mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo/beneficio.

En caso de realizar la exploración a una mujer en periodo de lactancia, éste debe interrumpirse durante un corto espacio de tiempo.

Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y mujeres embarazadas.

Si usted considera que el médico realizador de su prueba deba conocer algún dato clínico especial, le rogamos lo marque a continuación y se lo entregue a nuestro personal

.....

.....

.....

.....

CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA RENAL

Nº Historia: _____

1. Declaración de consentimiento PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL)

D./Dña. _____

D.N.I.: _____

MANIFIESTO QUE:

El Dr./a _____ que me ha mandado esta prueba me ha explicado que es conveniente /necesario, en mi situación la realización de una GAMMAGRAFÍA RENAL y he comprendido adecuadamente la información de los procedimientos, beneficios y riesgos asociados a esta prueba.

El titular autoriza a que sus datos de salud sean tratados en nuestra base de datos con el fin de poder realizar la prueba de medicina nuclear.

Las respuestas a las preguntas planteadas tienen carácter obligatorio, en caso de no suministrar los datos anteriores, no podremos atender la realización de la prueba.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la compañía cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

He leído la hoja informativa de la prueba que me han entregado aquí, he comprendido todo cuanto antecede, consultando mis dudas al personal facultativo o técnico del Centro y acepto voluntariamente la realización de la prueba.

En Madrid, a de del 20...

Firma del paciente(o representante legal)

Firma del médico responsable de la prueba
Nº Colegiado

2. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado con fecha de de 20... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En Madrid, a de del 20...

Firma del paciente(o representante legal)

Firma del médico responsable de la prueba
Nº Colegiado

Le informamos que PROMOCIONES TECNICAS MÉDICAS, S.A tratará los datos personales facilitados, con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del Centro. La base legitimadora para el tratamiento de datos es el cumplimiento de la relación contractual y el cumplimiento de obligaciones legales. Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que, de no facilitarlos, no será posible la prestación del servicio. Si la asistencia sanitaria se realizara en base a concertos con entidades aseguradoras y hospitales públicos o al amparo de pólizas o coberturas de las que Ud., como paciente, sea beneficiario, el Centro podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para tal cobertura y su facturación. Asimismo, podrán cesarse sus datos al Servicio Madrileño de Salud en los casos previstos legalmente, especialmente en supuestos de inspección sanitaria. Los datos serán conservados durante la relación contractual, y tras finalizar esta tras los periodos legalmente establecidos.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos en cualquier momento en la siguiente dirección acreditando debidamente su identidad: C/ General Arrando 30, Madrid; C.P. 28010, o bien a través de la siguiente dirección de e-mail info@protecmesa.es. Igualmente puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos en www.agpd.es si entiende vulnerados sus derechos.